

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Relação entre sintomas depressivos, regulação emocional,
absentismo escolar, rendimento escolar e saúde física na
adolescência.

Andreia Regina Rodrigues Brites

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais

Coimbra, 2016



INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**Relação entre sintomas depressivos, regulação emocional,
absentismo escolar, rendimento escolar e saúde física na
adolescência.**

Andreia Regina Rodrigues Brites

Dissertação apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica – Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Marina Cunha, Professora Auxiliar

Coimbra, Janeiro, 2016

AGRADECIMENTOS

Foram várias as pessoas que contribuíram para mais uma etapa que chegou ao fim. Neste espaço que é dedicado àqueles que fizeram esta caminhada comigo não cabem todas as palavras que gostaria de lhes fazer chegar. Por isso, com pouco, mas de forma sincera e muito grata ficam os meus agradecimentos.

À minha mãe que me protege sempre, que ri e chora por mim, que acredita, e pelo orgulho que sinto em ser a verdadeira mãe.

Ao meu irmão que esteve presente em todos os momentos.

Ao meu pai, para quem eu serei sempre a sua menina.

À Estrela, por quem eu tenho uma enorme admiração, e que me deu mais do que imagina.

À Joana Seabra, pela amizade e por todos os momentos que eu preservo bastante.

À Catarina Pires, que me faz descer à terra quando sabe que preciso e por todos os bons momentos que vivemos ao longo destes cinco anos.

Ao Júlio Mendes pelos momentos e pela incrível capacidade de simplificar o mundo à nossa volta.

À Mónica Serra, pelos longos anos de amizade, pela força e incentivo que sempre me deu no momento em que também experienciava esta fase e por toda a ajuda dada na realização desta investigação.

À Rute Almeida, pelo companheirismo e pelo trabalho conjunto na recolha de dados.

À Lisa Carvalho, por toda a disponibilidade que sempre demonstrou em ajudar na realização deste trabalho e pela amizade criada.

Aos meus amigos de Oliveira do Hospital por me ajudarem a relaxar e a distrair em alturas mais difíceis.

Às minhas amigas de Coimbra pela partilha de vivências, reflexões conjuntas e companheirismo.

À professora Doutora Marina Cunha, que me orientou este trabalho, e que contribuiu de forma valiosa para a realização do mesmo.

À Doutora Sónia Cherpe pela ajuda dada.

O meu muito obrigado!

RESUMO

Introdução: A depressão é apontada como a quarta causa mundial de incapacidade da população geral e ocupa o segundo lugar na faixa etária compreendida entre os 15 e os 44 anos. A organização Mundial da Saúde prevê que em 2020 a depressão será a segunda causa de incapacidade. À semelhança da população adulta, a depressão é uma das perturbações mais prevalentes entre os adolescentes. O uso de estratégias de regulação emocional consideradas mal adaptativas tem sido identificado como um grande fator de risco para a depressão. A capacidade de regulação emocional está associada à saúde mental, permitindo manter o equilíbrio interno do sujeito. Verifica-se que os adolescentes depressivos apresentam dificuldades para pensar e para se concentrarem, o que pode consistir num baixo rendimento escolar e num elevado número de faltas às aulas. Tal como nos adultos, prevê-se que exista também nos adolescentes uma combinação entre saúde física e saúde mental. O objetivo deste estudo consiste em verificar a relação existente entre sintomas depressivos, regulação emocional, absentismo escolar, rendimento escolar e saúde física na população de adolescentes.

Metodologia: A amostra desta investigação é composta por 545 adolescentes (211 rapazes e 334 raparigas). Para além do questionário sociodemográfico para obtenção de informação relacionada com a escola e a saúde física, foram também utilizadas medidas de auto-resposta para aceder à sintomatologia depressiva (CDI) e às estratégias cognitivas de regulação emocional (CERQ).

Resultados: Os resultados obtidos revelaram uma associação significativa entre a sintomatologia depressiva, a perceção do rendimento escolar e absentismo escolar. Não foi encontrada qualquer associação entre os sintomas depressivos e a saúde física. No que respeita à regulação emocional, verificou-se que os sintomas depressivos apresentavam uma correlação negativa com as estratégias adaptativas de regulação emocional, e uma correlação positiva alta com as estratégias mal adaptativas.

Conclusão: Os resultados desta investigação evidenciam a importância de serem promovidas estratégias de regulação emocional eficazes entre os adolescentes.

Palavra-chave: regulação emocional, sintomas depressivos, absentismo escolar, saúde física, rendimento escolar, adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: Depression is considered the world's fourth largest cause of disability in the general population and ranks second in the age group between 15 and 44 years. The World Health Organization predicts that by 2020 depression will be the second leading cause of disability. Like the adult population, depression is one of the most prevalent disorders among adolescents. The use of emotional regulation strategies considered maladaptive has been identified as a major risk factor for depression. The ability of emotion regulation is associated with mental health, helping to maintain the internal balance of the subject. It appears that depressed adolescents have difficulty thinking and concentrating, which may be a poor academic performance and a high number of absences to school. As in adults, it is expected that also exists in adolescents a combination of physical and mental health. The aim of this study is to verify the relationship between depressive symptoms, emotional regulation, truancy, school performance and physical health in the adolescent.

Methodology: The sample of this research consists of 545 adolescents (211 boys and 334 girls). In addition to the sociodemographic questionnaire to obtain information related to school and physical health were also used self-report measures for access depressive symptoms (CDI) and cognitive strategies of emotional regulation (CERQ).

Results: The results revealed a significant association between the variables presence of depressive symptoms, perception of academic performance and school absenteeism. There was no significant association between depressive symptoms and physical health. In the analysis of relationships between variables emotional regulation and depressive symptoms, it turns out that the latter have a low negative correlation with positive strategies for emotional regulation, and a high positive correlation with negative strategies.

Conclusion: The results revealed a significant association between depressive symptoms, the perception of academic performance and school absenteeism. We did not find any association between depressive symptoms and physical health. With regard to emotional regulation, it was found that depressive symptoms showed a negative correlation with the adaptive strategies of emotion regulation and a high positive correlation with the maladaptive strategies.

Keyword: emotional regulation, depressive symptoms, school absenteeism, physical health, school performance, adolescents.

Introdução

A depressão é apontada como a quarta causa mundial de incapacidade da população geral e ocupa o segundo lugar na faixa etária compreendida entre os 15 e os 44 anos. A Organização Mundial da Saúde prevê que em 2020 a depressão será a segunda causa de incapacidade (Lage & Monteiro, 2007).

Há 40 anos, muitos profissionais ligados à saúde, não acreditavam na existência de sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes (Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005). Hoje acredita-se que os sintomas depressivos, nesta fase do ciclo vital não são apenas mudanças normais que fazem parte do desenvolvimento do adolescente (Oliveira-Brochado & Oliveira-Brochado, 2008).

O período da adolescência é caracterizado por profundas mudanças, tanto ao nível psíquico quanto ao nível físico e social (Biazus & Ramires, 2012). A adolescência é entendida como um desligamento por parte do adolescente, dos sistemas de representações organizadas pelo *self* na infância e a criação de um novo sistema representacional que assuma a sua nova subjetividade. Conforme Levy, 2007 a perda deste sistema representacional da infância poderá trazer consigo ansiedades depressivas e um sentimento de despersonalização.

Os principais fatores de risco para a depressão em crianças e adolescentes são: a presença de depressão em algum dos progenitores, abuso físico e sexual e perda de um dos pais, irmão, ou amigo íntimo. Alguns autores consideram que o risco de depressão é superior em adolescentes do sexo feminino e em adolescentes que são expostos a mais do que um momento negativo ao longo deste período (Bahls, 2002; Thapar Collishaw, Pine & Thapar, 2012).

Nos adolescentes, a sintomatologia depressiva assemelha-se à dos adultos, mas nesta fase da vida existem características fenomenológicas que são típicas da patologia.

Bahls (2002), apresentou as seguintes características: 1) irritabilidade e instabilidade, 2) humor deprimido, 3) perda de energia, 4) desmotivação e desinteresse importante, 5) retardo psicomotor, 6) sentimentos de desesperança e/ou culpa, 7) alteração do sono, 8) isolamento, 9) dificuldade de concentração, 10) prejuízo no desempenho escolar, 11) baixa auto estima, 12) ideias e tentativas de suicídio e 13) problemas graves de comportamento.

A depressão na adolescência está associada ao aumento de comportamentos suicidas, delinquência, abuso de álcool e drogas (Rao & Chen, 2009).

De acordo com um estudo realizado verificou-se que o aparecimento precoce da depressão causa um impacto mais severo do que em adultos (Rohde, Lewinson & Seeley, 1994).

Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas e Finkelstein (1984), referem que os adolescentes recuperam dentro de um período de dois anos e que após a recuperação, geralmente permanece algum grau de prejuízo psicossocial.

Os adolescentes, em comparação com crianças e adultos, experienciam maiores flutuações nos estados emocionais diários (Hall, 1904).

Todos os dias, as pessoas são expostas a situações em que são obrigadas a lidar com as suas emoções e existem momentos que a nível emocional são mais carregados do que outros, no entanto mesmo os momentos simples do quotidiano são tonalizados emocionalmente (Macedo & Sperb, 2013).

A capacidade de regulação emocional é uma variável que sempre esteve associada à saúde mental, que permite manter relações adaptadas e manter o equilíbrio interno do sujeito (Machado & Reverendo, 2012).

Tem-se verificado um crescente interesse sobre o estudo da regulação emocional nas últimas três décadas (Silva & Freire, 2014). A adolescência é o período de desenvolvimento mais estudado, uma vez que é um grupo etário vulnerável e de risco para a depressão (Macedo & Sperb, 2013).

As emoções são designadas por tendências de resposta comportamentais, experienciais e fisiológicas que influenciam a forma como os indivíduos respondem a situações significativas (Silva & Freire, 2014). As emoções apresentam importantes funções expressivas e comunicativas que por sua vez orientam e motivam o funcionamento adaptativo (Silva & Freire, 2014).

Para Damásio (1999) as emoções “*desempenham um papel regulador que conduz, de uma forma ou de outra, à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo e que a finalidade das emoções é ajudar o organismo a manter a vida*” (p.72).

Entende-se por regulação de emoções, os comportamentos, habilidades e estratégias praticados de forma consciente ou inconsciente, automáticos ou controlados por esforço, capazes de modular, inibir ou incitar a experiência e a expressão emocional (Macedo & Sperb, 2013).

Existe um consenso geral de que a capacidade de regulação emocional permite modular ou controlar, ou seja reduzir ou aumentar a intensidade e duração de uma emoção (MacDermott, Gulbone, Allen, King & Tonge, 2010).

Segundo a definição de Jonh e Gross, a regulação emocional trata-se de processos em que os indivíduos são capazes de influenciar os tipos de emoções que têm, quando as têm e como as experienciam e expressam (Freire & Tavares, 2011).

O modelo processual de regulação emocional de Gross (1998), relacionado com a investigação em adultos, tem sido aplicado de forma crescente na investigação com adolescentes (Silva & Freire, 2014).

De acordo com o modelo do processo da regulação emocional, a geração da emoção surge quando num individuo que é exposto a uma dica ou a um sinal é desencadeado nele um conjunto de tendências coordenadas de respostas que envolvem experiencia, comportamentos e o sistema fisiológico. Uma vez que surgem estas tendências de resposta fisiológica elas podem ser moduladas de formas diferentes (John & Gross, 2004).

Uma vez que as emoções se vão desvelando ao longo do tempo, podem ser diferenciadas em termos de quando elas causam um primeiro impacto no processo generativo da emoção (John & Gross, 2004)

Num plano amplo, distinguem-se as seguintes estratégias de regulação emocional: “focalização antecedente a uma resposta” e “resposta focalizada” (Jonh & Gross, 2004; Mocaiberet et al., 2008).

A focalização antecedente a uma resposta sugere as ações postas em prática antes das tendências de respostas emocionais serem inteiramente ativadas, existindo assim a oportunidade de regular o comportamento ou uma resposta fisiológica (Jonh & Gross, 2004).

A resposta focada refere as ações tidas logo que uma emoção já está em curso, após a geração das tendências de resposta (Jonh & Gross, 2004).

Segundo Gross (1998), e Mocaiber e seus colaboradores (2008), a emoção pode ser regulada através de cinco formas, sendo que nas “estratégias de regulação emocional antecedente”- que correspondem à reavaliação cognitiva, se apresentam as seguintes: a) seleção da situação, b) modificação da situação, c) alocação da atenção e d) modificação cognitiva. Na “regulação focalizada na resposta”- que corresponde à supressão emocional apresenta-se a e) modulação das respostas emocionais (comportamentais ou fisiológicas).

A reavaliação cognitiva consiste em mudar o significado da situação de uma forma que modifica o seu impacto emocional (Freire & Tavares, 2011).

A supressão emocional é uma forma da modulação de resposta emocional, através da inibição do comportamento emocional expressivo (Silva & Freire, 2014).

As duas estratégias, “reavaliação cognitiva” e “supressão emocional” apresentam uma utilização comum na vida quotidiana (Silva & Freire, 2014).

Relativamente à natureza funcional destas estratégias, a investigação empírica salienta a reavaliação cognitiva como uma estratégia adaptativa e a supressão emocional como uma estratégia não adaptativa. (Silva & Freire, 2014).

Estudos indicam que adolescentes com depressão apresentam um repertório mais restrito de estratégias de regulação emocional, depreendendo-se que usam estratégias menos eficazes (e, g., supressão emocional), ou deixam de fazer uso de estratégias adaptativas (e.g., reavaliação cognitiva) (Silva & Freire, 2014).

Num estudo de Aldao e Nolen-Hoeksema (2010), as estratégias de regulação emocional consideradas mal adaptativas foram mais fortemente relacionadas com psicopatologia do que as estratégias consideradas adaptativas. No estudo do mesmo autor, verificou-se uma grande relação entre depressão e estratégias de regulação emocional. Garnefski e Kraaij (2006), apresentaram resultados semelhantes num estudo que indica que uma percentagem considerável dos sintomas depressivos apresentados deve-se às estratégias de regulação emocional utilizadas. Os autores referem que as estratégias de regulação emocional preditoras de sintomatologia depressiva são a ruminação, a catastrofização e a falta de reavaliação positiva. Uma vez que estas estratégias são consideradas desadaptativas entende-se neste sentido que o uso das mesmas são um fator de risco para a depressão.

Martin e Dahlen (2005), verificaram também uma relação positiva entre algumas estratégias de regulação emocional negativas e sintomatologia depressiva.

Os resultados obtidos de Duarte, Matos e Marques (2015), apontam igualmente para a existência de uma relação forte entre estratégias de regulação emocional e sintomatologia depressiva.

De acordo com Siener e Kerns (2012), é possível ver-se espelhado na diminuição do rendimento escolar o impacto negativo que a depressão tem no funcionamento dos adolescentes.

Batista (1999), refere que os adolescentes depressivos apresentam dificuldades para pensar, diminuição da atividade psicomotora, desconcentração em atividades escolares, podendo levar os alunos a ter um baixo rendimento escolar e até mesmo ao abandono (Pinto, 2010).

A atenção é uma função neuropsicológica básica implícita em todos os processos cognitivos (Baptista, Lima, Capovilla & Melo, 2006). Tendo em conta o ponto de vista

da psicologia cognitiva, os indivíduos com sintomatologia depressiva apresentam dificuldades na seletividade atencional com a percepção do meio como uma fonte desinteressante de informações e uma redução da capacidade atencional, uma vez que os seus recursos de processamento estão voltados para preocupações consigo mesmo (Baptista et al., 2006). A atenção seletiva envolve a capacidade do sujeito em emitir respostas face a um estímulo específico desconsiderando aqueles com menos relevância (Baptista et al., 2006).

Por rendimento escolar entende-se uma avaliação concreta dos conhecimentos obtidos pelos alunos (Paz, 2014). Na prática diz respeito à avaliação sumativa que os professores aplicam em contexto escolar (Paz, 2014). A função sumativa é a de aferir, certificar, e verificar o grau de cumprimentos (Paz, 2014).

Quando se fala em insucesso escolar, ou baixo rendimento escolar, trata-se não só das situações em que o aluno é reprovado no ano letivo, mas também àquelas em que as notas de um aluno não correspondem s expectativas (Tomé & Matos, 2006).

Atienza, Cuesta e Galán (2002), realizaram um estudo transversal com 264 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, de escolas públicas e privadas. Nesse estudo foi analisada a relação entre os sintomas depressivos e o rendimento escolar, tendo por base as notas do final do ano letivo dos adolescentes. Os resultados desse estudo revelaram que as meninas apresentam maiores índices de sintomas depressivos e pior rendimento escolar, assim como que os adolescentes deprimidos apresentaram dificuldades de atenção e concentração e desinteresse escolar.

Também Tomé e Matos (2006), tentaram verificar se os adolescentes com baixo rendimento escolar possuíam mais sintomas depressivos e utilizavam menos estratégias de coping do que aqueles com melhores resultados escolares. Os resultados confirmaram a primeira hipótese, sendo que o grupo com notas mais baixas demonstrou um índice maior de sintomatologia depressiva do que o grupo com notas médias ou boas.

É visível que a depressão em estudantes pode resultar em afastamentos da escola, atrasos, problemas de comportamento e conduta, isolamento social, redução do interesse, menor motivação para participar em atividades, redução dos processos cognitivos, da atenção e concentração e do desempenho escolar geral (Tomé & Matos, 2006).

Quando as faltas dos alunos às aulas se sucedem de forma reiterada ou se prolongam no tempo, o ritmo de aprendizagem do aluno é afetado e, começam a surgir os problemas do insucesso escolar, que se não forem solucionados, podem conduzir ao

absentismo (Vasconcellos, 2013). O absentismo escolar é caracterizado pelas faltas injustificadas de comparecimento às aulas por parte de um aluno (Vasconcellos, 2013).

Tendo por base um estudo dedicado ao absentismo escolar surgiram algumas características mais comuns dos alunos que não assistem regularmente às aulas, problemas ao nível cognitivo, dificuldades de atenção e concentração, domínio por vários tipos de ansiedade, (Olivé & Díaz, 1986).

De acordo com um estudo em que se pretendeu fazer a avaliação psiquiátrica de 165 jovens que recusam ir à escola e se apresentam ansiosos e de 517 jovens com faltas injustificadas verificou-se que os diagnósticos para os alunos com recusa escolar à base de ansiedade incluíram a depressão (13,9%). Neste grupo, 24% dos sujeitos receberam diagnóstico. No grupo de alunos com faltas injustificadas a depressão também estava incluída (7,5%). Neste grupo 25,4% dos sujeitos receberam diagnóstico (Egger, Costello & Angold, 2003).

Tendo por base uma revisão de vários estudos, Kearney (1993), examinou a relação entre sintomatologia depressiva e comportamentos de recusa escolar, a sua análise permitiu saber um número significativo de sujeitos que recusam a presença na escola apresentam humor disfórico, fadiga, distúrbios do sono, uma sensação de desesperança, baixa auto-estima e ideação suicida revelando assim sintomatologia depressiva (Lee & Miltenberger, 1996).

Um outro estudo de Hunt e Hopko 2009, realizado com 367 adolescentes e que refere que o absentismo é um problema considerável entre os adolescentes, aponta que a evasão escolar está significativamente associada com o mau desempenho escolar e com o aumento da depressão.

Também numa outra amostra de 9586 participantes, em que a prevalência de depressão foi de 12,3%, verificou-se que os fatores de risco para a patologia inclui menor conexão com a escola, pobre rendimento escolar, idade avançada, ser do sexo feminino, baixa auto-estima, conflitos familiares, menos satisfação com pares e relacionamentos (Lin et al., 2008).

O mesmo estudo conclui que a prevalência da depressão é alta na fase da adolescência e que múltiplos fatores se associam com a patologia sendo um deles problemas escolares (Lin et al., 2008).

Os estudos sobre a saúde física na adolescência são raros, verificando-se que a maioria da literatura apresenta maior interesse sobre a dimensão psicológica, social, familiar, sintomática e económica (Vingilis, Wade & Adlaf, 1998).

Nos adultos verifica-se uma combinação entre saúde mental e doença crónica, nos adolescentes alguns relatos evidenciam também uma suposta associação entre doença incapacitante e depressão (Wade, Pevalin & Vingilis, 2000).

No modelo biomédico, a saúde física é explicada em ter-mos de uma estrutura de corpo-máquina; a estrutura e função dos tecidos e órgãos. Stewart (1991), considera que para o profissional de saúde, a saúde física é um corpo como um problema da máquina (Vingiliset al., 1998).

As questões de saúde física refletem sobretudo as limitações de funcionamento físico, condições crónicas e agudas (Wade et al., 2000).

A doença física tem um impacto negativo sobre a saúde mental (Pinquart & Shen, 2011).

Ferro (2014), refere que adolescentes e jovens adultos com deficiências ou doenças físicas estão em risco de sofrimento psicológico nesta fase de desenvolvimento, uma vez que neste período de tempo os indivíduos são desafiados com marcos de desenvolvimento importantes e enfrentam um sofrimento adicional que é o de lidar com uma doença física.

Para além dos problemas somáticos que as doenças físicas acarretam, incluem-se também os problemas sociais (Pinquart & Shen, 2010).

Achenbach (1991), sugere que estes indivíduos correm o risco de se tornarem demasiado dependentes de outras pessoas, tendo geralmente uma fraca relação com o grupo de pares e que o facto dos mesmos pensarem e se preocuparem com a doença resulta em défice de atenção (Pinquart & Shen, 2010).

Contudo, tendo por base um estudo que denomina uma baixa prevalência da doença entre os jovens, o modelo biomédico traduz os mesmos dados em uma excelente saúde física entre os jovens (Vingiliset al., 1998).

Mechanic e Hansell (1987), descobriram que os estudantes que relataram níveis mais elevados de sucesso escolar avaliam a sua saúde como sendo melhor, do que os estudantes que relataram desempenho escolar inferior.

Tendo por base um trabalho realizado e que teve por fim investigar a associação entre a patologia depressiva e a doença física, invalidez e saúde crónica auto-percebida em adolescentes e jovens, sendo que a amostra dos adolescentes corresponde a um número de 509, constatou-se que existe uma associação entre depressão e doença física nos adolescentes (Haarasilta, Marttunem, Kaprio & Aro, 2005). No estudo referido, o

número de doentes associados com sintomatologia depressiva foi mais evidente nos adolescentes do que na população adulta (Haarasilta, et al., 2005).

Neste contexto e após a apresentação e definição das variáveis em estudo a serem analisadas o presente estudo tem como principal objetivo examinar a relação existente entre os sintomas depressivos; absentismo escolar, rendimento escolar e saúde física e estudar a relação entre estratégias de regulação emocional e sintomas depressivos.

Materiais e Métodos

2.1- Instrumentos utilizados

Para a realização da presente investigação foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) o questionário sociodemográfico para recolher informação acerca do sexo, idade, local de residência do aluno, rendimento escolar, falta às aulas, número de reprovações ao longo do percurso escolar e a presença ou ausência de alguma doença física; 2) o *Children's Depression Inventory* – CDI - Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994 - para avaliar a presença de sintomatologia depressiva nos adolescentes; 3) o *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* – CERQ - Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002; Tradução e Adaptação de Cherpe, Matos & Serra, 2009 - para avaliar as estratégias cognitivas de regulação emocional dos adolescentes.

2. 2 - Caracterização dos Instrumentos

***Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994).**

Este questionário é o mais utilizado para avaliar a depressão em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 6 e os 18.

Este questionário de autorresposta é constituído por 27 itens com três possibilidades de resposta para cada um deles, sendo que a resposta pode variar entre 0 (ausência de problemas) e 2 (problemas graves). Este instrumento pode atingir um total de 54 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a sintomatologia depressiva. As respostas dadas pelos adolescentes no momento da aplicação do inventário referem-se às duas semanas anteriores.

Estudos de Kovacs (1983), revelam que o CDI apresenta boas qualidades psicométricas, com valores de consistência interna com alfa de Cronbach (α) que variam entre 0,83 a 0,94 na versão original (Miranda & Matos, 2012).

O estudo de Marujo (1994) e o de Dias e Gonçalves (1999) sobre a versão portuguesa do CDI evidenciaram uma boa precisão e valores elevados de consistência interna (alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,84, respetivamente).

No presente estudo, o CDI revelou igualmente uma boa consistência interna com valor de alfa de Cronbach de 0,89.

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002; Tradução e Adaptação de Cherpe, Matos e Serra, 2009).

A utilização deste instrumento serviu para avaliar as estratégias de regulação emocional de que os adolescentes fazem uso. É composto por 36 itens respondidos numa escala de Likert que varia de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). É composto por nove sub-escalas diferentes sendo que cada uma integra 4 itens: autculpabilização (e.g., “penso que basicamente a causa tem a ver comigo”); aceitação (e.g., “penso que tenho de aprender a viver com isto”); ruminação (e.g., “estou preocupado com o que penso e sinto acerca do que me aconteceu”); reorganização positiva (e.g., “penso em alguma coisa agradável em vez de pensar naquilo que aconteceu”); replaneamento (e.g., “penso na forma como posso lidar melhor com a situação”); reavaliação positiva (e.g., “penso que posso tornar-me uma pessoa mais forte como resultado das coisas que aconteceram”); reperspetivar (e.g., “penso que as outras pessoas passam por experiências muito piores”); catastrofização (e.g., “penso muitas vezes que o que me aconteceu é a pior coisa que pode acontecer a uma pessoa”); e culpa no outro (e.g., “penso que os outros são responsáveis por aquilo que aconteceu”). Estas dimensões podem ser agrupadas em estratégias de regulação emocional positivas (as quais englobam as dimensões de aceitação; reorganização positiva; replaneamento; reavaliação positiva e reperspetivar) e negativas (que incluem as dimensões de autculpabilização; ruminação; catastrofização e culpa no outro).

No estudo da versão original da escala conduzido numa população de adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos de idade, os valores de consistência interna para as nove escalas variaram entre 0,68 (referente à dimensão culpa no outro) e 0,83 (ruminação) (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002).

Na nossa amostra foram encontrados os seguintes valores de consistência interna: autoculpabilização = 0,79; aceitação = 0,64; ruminação = 0,70; reorganização positiva = 0,82; replaneamento = 0,84; reavaliação positiva = 0,70; reperspetivar = 0,81; acatastrofização = 0,81; culpanooutro = 0,78. Para o grupo das estratégias positivas de regulação emocional foi encontrado um alfa de Cronbach de 0,92, enquanto o grupo de estratégias negativas evidenciou um alfa de Cronbach de 0,89.

2.3 - Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 545 adolescentes, sendo que 211 (38,7%) são do sexo masculino e 334 (61,3%) são do sexo feminino.

Desta amostra 211 (38,7) têm idades compreendidas entre os 12 -14 anos e 330 (60,6%) têm idades compreendidas entre os 15 – 18 anos.

Quatro sujeitos não reportaram a sua idade. A média de idades para o total da amostra é de 14,82 anos ($DP = 1,23$).

A maior parte desta população percebe o seu rendimento escolar como suficiente (44,0%), seguindo-se 39,4% que refere ter um bom rendimento escolar. Apenas 7,5% avalia o seu rendimento escolar como insuficiente, sendo que 5,9% dos sujeitos percebe o seu rendimento escolar como muito bom, e 1,3 % avalia como satisfatório.

No que se refere ao número de reprovações a maioria dos alunos 498 (91,4%) não apresenta reprovações e 45 (8,3%) já tiveram pelo menos uma reprovação.

Tendo em conta as faltas à escola, cerca do mesmo número de alunos nunca falta à escola (47, 7%) ou faltam poucas vezes (47,5%); 4,0% dos alunos referem faltar algumas vezes e 0,4% faltam muitas vezes.

A maior parte dos adolescentes desta amostra não apresenta doença física 474 (87,0%) e 62 alunos (11,4%) apresentam doença física.

As características gerais da amostra encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1

Caraterísticas gerais da amostra

		Amostra total		<i>M</i>	<i>DP</i>
		<i>N</i>	%		
Sexo					
	Masculino	211	38,70		
	Feminino	334	61,30		
Idade					
	12-14	211	38,70	14,82	1,23
	15-18	330	60,60		
Rendimento Escolar					
	Insuficiente	41	7,50		
	Suficiente	240	44,0		
	Satisfaz	7	1,30		
	Bom	215	39,40		
	Muito Bom	32	5,90		
Reprovações					
	Sim	45	8,30		
	Não	498	91,40		
Faltas à escola					
	Nunca	260	47,70		
	Poucas vezes	259	47,50		
	Algumas vezes	22	4,00		
	Muitas vezes	2	0,40		
Doença Física					
	Sim	62	11,40		
	Não	474	87,00		

NOTA: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão

Procedimentos

3.1- Procedimento Metodológico

Para esta investigação obteve-se a aprovação da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular e da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Após os contactos com as escolas do 2º ciclo e escolas secundárias da zona de Coimbra, e as devidas autorizações por parte dos conselhos pedagógicos dos estabelecimentos de ensinos, encarregados de educação e dos adolescentes procedeu-se à administração dos protocolos.

A natureza e objetivos do estudo foram dados a conhecer a todos os envolvidos bem com a garantia do anonimato das respostas dos adolescentes.

3.2- Procedimento estatístico

Os procedimentos estatísticos foram realizados com recurso ao *software* SPSS (v.17; SPSS Inc, Chicago, IL).

Previamente à escolha das análises estatísticas a utilizar, procedeu-se a um exame da distribuição normal das variáveis em estudo com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov e dos valores de assimetria (*Skewness*; Sk) e de *curtose* (Kurtosis; Ku).

Nenhuma das variáveis apresentou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição normal ($Sk < 3$; $Ku < 10$) (Kline, 1998). Tendo em conta o pressuposto da distribuição normal das variáveis e o tamanho da amostra ($N = 545$), recorreu-se aos testes paramétricos.

Na comparação dos valores médios das variáveis em estudo em função do sexo foi utilizado o teste *t* de Student para amostras emparelhadas.

Na análise do grau de associação entre variáveis contínuas (sintomas depressivos) e variáveis categoriais (absentismo, presença ou ausência de doença física e percepção do rendimento escolar) foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman e o coeficiente de correlação bisserial por pontos. Por último recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson para analisar a associação entre as variáveis contínuas (sintomas depressivos e estratégias de regulação emocional). Na interpretação das correlações, seguiu-se a classificação de Pestana & Gageiro (2005) que considera correlações muito baixas as que se situam abaixo de 0,20; baixas entre 0,20 e 0,39; moderadas entre 0,40 e 0,69; altas entre 0,70 e 0,89 e muito altas entre 0,90 e 1.

Resultados

4.1- Associação entre sintomas depressivos, percepção do rendimento escolar, absentismo e saúde física

De acordo com os objetivos do estudo analisou-se a associação entre os sintomas depressivos e o rendimento escolar, o absentismo (avaliado pelo número de faltas à escola) e a saúde física (presença ou ausência de doença física).

Os resultados indicaram uma associação estatisticamente significativa com o absentismo e com o rendimento escolar, sendo uma associação positiva baixa com o absentismo ($r = 0,16$, $p < 0,001$) e uma associação negativa baixa com o rendimento

escolar percebido ($r = -0,20$, $p < 0,001$). Não foi encontrada uma associação significativa entre os sintomas de depressão e a saúde física ($r = -0,3$, $p = 0,544$).

4.2- Influência do gênero nos valores médios dos instrumentos de medida

Na Tabela 2 são apresentados os valores médios obtidos nos instrumentos de medida para o total da amostra e em função do sexo.

Tabela 2

Médias, desvios-padrão obtidos nos instrumentos de medida

	Total ($N = 545$)		Rapazes ($n = 211$)		Raparigas ($n = 334$)		T	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
CDI _{Total}	11,16	7,47	8,75	5,77	12,70	8,02	6,15	<0,001
CERQ _{Estrat.Positivas}	60,29	15,59	62,52	15,20	58,88	15,70	2,54	0,011
CERQ _{Estrat.Negativas}	35,83	10,46	34,67	9,59	36,55	10,92	1,96	0,050
CERQ _{Autoculpabilização}	9,52	3,44	9,23	2,95	9,72	3,71	1,60	0,110
CERQ _{Aceitação}	11,85	3,22	11,75	3,23	11,91	3,21	0,55	0,583
CERQ _{Ruminação}	10,84	3,89	9,86	3,14	11,45	4,19	4,66	<0,001
CERQ _{Reorganizaçãopos}	11,94	4,03	12,31	3,96	11,71	4,07	1,68	0,093
CERQ _{Replaneamento}	12,64	3,75	13,19	3,51	12,30	3,86	2,66	0,008
CERQ _{Reavaliaçãopos}	12,62	4,35	13,26	3,87	12,22	4,58	2,69	0,007
CERQ _{Pornoutraperspectiva}	11,31	3,79	11,77	3,88	11,01	3,71	2,24	0,025
CERQ _{Catastrofização}	8,71	3,71	8,27	3,33	8,99	3,90	2,15	0,031
CERQ _{Culpanooutro}	6,91	2,59	7,35	2,54	6,65	2,59	3,05	0,002

Nota: CDI = Children's Depression Inventory; CERQ = Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

Pela análise da Tabela 2, verifica-se que à exceção das variáveis de autoculpabilização, aceitação e reorganização positiva (associadas à CERQ), todas as outras variáveis evidenciam uma diferença significativa entre os sexos. As raparigas exibem valores mais elevados nos sintomas depressivos (CDI) e nas estratégias negativas de regulação emocional, comparativamente aos rapazes. Por sua vez, os rapazes reportam valores mais elevados de estratégias positivas de regulação emocional que as raparigas.

4.3- Relação entre as estratégias de regulação emocional e sintomas depressivos

Na análise das relações entre as variáveis (Tabela 3), verifica-se que os sintomas depressivos apresentam uma correlação negativa baixa com as estratégias positivas de regulação emocional, e uma correlação positiva alta com as estratégias negativas.

Tabela 3

Correlações entre as variáveis em estudo

	CDI _{Total}	CERQ _{Est.Positivas}
CDI _{Total}	1	
CERQ _{Est.Positivas}	-0,36**	1
CERQ _{Est.Negativas}	0,55**	0,04

Nota: ** $p < 0,001$; CDI = *Children's Depression Inventory* ; CERQ = *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*

Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo analisar a relação existente entre sintomas depressivos, regulação emocional, rendimento escolar, absentismo e saúde física.

Ao analisar primeiramente a relação entre os sintomas depressivos e a regulação emocional, verificámos uma correlação negativa baixa entre sintomatologia depressiva e estratégias de regulação emocional adaptativas e uma correlação positiva alta com as estratégias mal adaptativas de regulação emocional. Estes dados estão de acordo com os resultados de outros estudos (Martin & Dahlen, 2005; Garnefski & Kraaij, 2006; Aldão & Nolen-Hoeksema, 2010; Silva & Freire, 2014; Duarte et al., 2015). No geral, a presente investigação sugere que as estratégias cognitivas de regulação emocional mal adaptativas, como a auto culpabilização, ruminação, catastrofização e culpa no outro, têm uma relação muito forte e são preditoras de desenvolvimento da patologia depressiva, sendo estes dados congruentes com a revisão da literatura.

Tendo em conta a influência do género nos sintomas depressivos e nas estratégias de regulação emocional, os nossos resultados mostram que as raparigas apresentam maior sintomatologia depressiva, como também maior utilização de estratégias de regulação emocional mal adaptativas, comparativamente aos rapazes. Estes dados estão também de

acordo com o que tem sido encontrado por outros autores. Por exemplo, Ongen (2010), encontrou diferenças significativas de género, em que os adolescentes do sexo masculino apresentam menos sintomatologia depressiva em comparação com as meninas. Por outro lado, os rapazes indicaram também ser mais propensos ao uso de estratégias cognitivas de regulação emocional adaptativas, ao invés das raparigas que utilizam mais estratégias mal adaptativas. A investigação de Duarte et al., (2015), sugere que as estratégias de regulação emocional adaptativas têm uma relevância considerável na diminuição da sintomatologia depressiva, sobretudo nas raparigas. Garnefski e Kraaij (2006), constatarem também que as estratégias de regulação emocional mal adaptativas, em rapazes e raparigas, estão fortemente associadas a níveis elevados de sintomatologia depressiva, mostrando as raparigas maior tendência para a utilização das referidas estratégias.

Em síntese, estes dados apontam para que o uso de estratégias consideradas negativas possam conduzir a um elevado nível de sintomas depressivos, sugerindo ainda que a maior utilização de estratégias positivas de regulação emocional, no caso do sexo masculino pode explicar níveis de depressão menores.

Nesta amostra evidenciou-se que todas as variáveis associadas à medida de avaliação de regulação emocional (CERQ) apresentam uma diferença significativa entre os sexos, à exceção das variáveis autocolpabilização, aceitação e reorganização positiva.

No que se refere à análise entre sintomas depressivos e rendimento escolar, os resultados do presente estudo indicam uma associação significativa entre estas variáveis, depreendendo-se que valores elevados de sintomatologia depressiva nos adolescentes aparecem associados a um menor rendimento escolar. Este resultado é consonante com outros estudos encontrados (Atienza et al., 2002; Tomé & Matos, 2006). Em 2002, Atienza e colaboradores referem que a depressão atinge todas as áreas de funcionamento do indivíduo, sendo que na fase da adolescência se deve dar maior importância à sua relação com o rendimento escolar uma vez que a falta de atenção e dificuldades de concentração e desinteresse escolar podem ter grande influência no desempenho escolar.

No que respeita à análise da relação entre absentismo e sintomas depressivos, os resultados deste estudo indicam também uma relação positiva e significativa entre estas variáveis, embora esta se revele uma associação positiva baixa. Ao analisarmos estes resultados com outros estudos da literatura verifica-se uma concordância entre eles (Egger & Angold, 2003; Lin et al., 2008; Hunt & Hopko, 2009). Segundo Lin et al.,

(2008), os comportamentos de recusa escolar estão associados a comorbilidades psiquiátricas, sendo que a depressão está incluída.

No que se refere à relação entre as variáveis saúde física e sintomatologia depressiva os resultados não evidenciaram uma relação estatisticamente significativa entre elas, sugerindo, no caso dos adolescente, não existir uma influência entre o estado da saúde física e os sintomas depressivos. Dada a relação existente entre saúde física e saúde mental e tendo em conta alguns estudos empíricos que contradizem os nossos dados, estes resultados não eram expectáveis. As fontes da literatura sugerem que a doença crónica é particularmente associada a sintomas depressivos, uma vez que representa uma descontinuidade de experiência de vida bem como resultados desfavoráveis em diversas atividades (Haarasilta, et al., 2005). De acordo com Thapar et al., (2012), a depressão na adolescência prevê um leque de diversas limitações em vários níveis. Um episódio de depressão na adolescência pode indicar a presença de uma doença crónica, e implicar uma ampla gama de entraves psicossociais e problemas de saúde. A literatura acerca desta temática (saúde física e depressão) é escassa, existindo um maior número de estudos em populações adultas e mais envelhecidas. Contudo, nos escassos estudos encontrados, foi apontada uma associação positiva entre estas variáveis, o que contradiz os resultados da presente pesquisa.

É de realçar que neste estudo efetuado com 545 adolescentes, apenas 62 indicaram a presença de doença física, o que pode sugerir, por um lado, a dificuldade da perceção do conceito doença física, por parte dos adolescentes, por outro, este número reduzido de jovens ($n = 62$) pode ter influenciado os resultados encontrados referentes à relação entre doença física e sintomas depressivos.

Tal como refere a literatura e como é do conhecimento geral a depressão faz parte de um grupo de patologias com números cada vez mais elevados, sobretudo na adolescência. Dado este fenómeno e todas as consequências que esta patologia abarca na relação com os outros, no sistema familiar e meio escolar impossibilitando estes adolescentes de um crescimento e desenvolvimento saudável, é importante investir na avaliação dos fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação, para que se possam encontrar formas de prevenção.

O presente trabalho reforça os estudos de outros autores que tiveram como objetivo verificar que relação existe entre sintomas depressivos e regulação emocional.

Os resultados obtidos revelaram uma relação positiva entre estratégias cognitivas mal adaptativas de regulação emocional e a presença de sintomatologia depressiva,

espelhando assim a importância de se dar a conhecer a estes jovens a utilidade da utilização de estratégias de regulação emocional adaptativas uma vez que estas parecem ser um fator protetor ao desenvolvimento dos sintomas depressivos, sobretudo em adolescentes do sexo feminino que evidenciaram maior incapacidade na utilização das estratégias protetoras.

Este estudo e em conformidade também com outros, revelou que por sua vez os adolescentes que manifestam sintomas depressivos apresentam um baixo rendimento escolar, e um maior número de faltas às aulas, dados esses que são preocupantes e perturbadores do meio escolar, que nesta fase se considera tão importante para o desenvolvimento, quer pessoal, quer intelectual desta população.

Ao contrário do que era esperado, e de acordo com o que foi lido nos poucos estudos encontrados, não se verificou uma associação entre a presença de doença física e os sintomas depressivos.

Dada a presença de algumas limitações nesta investigação, é necessária alguma cautela na generalização destes dados, uma vez que se trata de um estudo transversal em que todas as medições foram aplicadas num único momento. O levantamento de dados para análise foi realizado apenas com a administração de questionários, o que não permitiu o aprofundamento da informação recolhida. Os adolescentes que fazem parte desta amostra residem no centro do país, sendo que os resultados obtidos podem também estar relacionados com hábitos e características.

Seria interessante realizar este estudo numa amostra clínica com um número igual de rapazes e raparigas em que os adolescentes estejam diagnosticados com perturbação Depressiva de Major e que reportem alguma doença física.

Bibliografia

- Aldão, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behaviour and Therapy*, 48 (10), 974-983. doi: 10.1016/j.brat.2010.
- Atienza, F., Cuesta, M., & Galán, S. (2002). Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. *Revista Psiquiatria. Com*, 6 (2). Obtido em: www.psiquiatria.com.
- Baptista, N.M., Lima, R.F., Capovilla, A.G.S., & Melo, L.L. (2006). Sintomatologia Depressiva, Atenção Sustentada e Desempenho Escolar em Estudantes do Ensino Médio: Depressão, Atenção e Desempenho. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10 (1), 99-108.
- Biazus, C.B., & Ramires, V.R.R. (2012). Depressão na Adolescência: uma problemática dos vínculos. *Psicologia em Estudo*, 17 (1), 83-91.
- Damásio, A. (1999). O Sentimento de Si: O corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R E CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, VI, 553-564.
- Duarte, A.C., Matos, A.P., & Marques, C. (2015). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: gender's moderating effect. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 275-283. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.632.
- Egger, H.L., Costello, E.J., & Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 42 (7), 797-807. doi: 10.1097/01.CHI.0000046865.

- Ferro, M.A. (2014). Adolescents and young adults with physical illness: a comparative study of psychological distress. *Acta Paediatrica*, 103 (1), 32-37.
doi: 10.1111/apa.12429.
- Fonseca, M.H.G., Ferreira, R.A., & Fonseca, S.G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatrics*, 27 (4), 223-32.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (5), 184-188.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between Cognitive Emotional Regulation Strategies and Depressive Symptoms: a Comparative Study of Five Specific Samples. *Personality and Individual Differences*, 40 (8), 1659-1669.
- Gross, J. (1998). The Emerging Field of Emotional Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence its Psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York.
- Haarasilta, L., Marttunen, M., Kaprio, J & Aro, H. (2005). Major depressive episode and physical health in adolescents and young adults: results from a population based interview survey. *European Journal of Public Health*, 15 (5), 489-493.
doi: 10.1093/eurpub/cki041.
- Hunt, M.K., & Hopko, D.R. (2009). Predicting High School Truancy among Students in the Appalachian South. *The Journal of primary prevention*, 30 (5), 549-567.
doi: 10.1007/s10935-009-0187-7.

- John, O.P., & Gross, J.J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72 (6), 1301-1333.
- Kearney, C.A. (2008). School absenteeism and School refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28 (3), 451-471.
doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.012.
- Kline, R.B. (1998). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Guildford, New York, NY.
- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, A.M., Paulauskas, S.L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive Disorders in Childhood. *Archives of General Psychiatry*, 41 (3), 229-37.
- Lee, M.I., & Miltenberger, R.G. (1996). School Refusal Behavior: Classification, Assessment, and Treatment Issues. *Education and Treatment of Children*, 19 (4), 474-486.
- Levy, R. (2007). Adolescencia: El Reordenamiento Simbólico, El Mirar Y EL Equilibrio Narcisístico. *Psicanálises*, 29 (2), 363-375.
- Lin, H., Tang, T., Yen, J., Ko, C., Huang, C., Liv, S., & Yen, C. (2008). Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62 (4), 412-420. doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01820.x.
- MacDermott, S.T., Gullone, E., Allen, J.S., King, N.J., & Tonge, B. (2010). The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (3), 301-314. doi: 10.1007/s10862-009-9154-0.
- Macedo, L.S.R., & Sperb, T.M. (2013). Regulação de Emoções na Pré-adolescência e Influência da Conversação Familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29 (2), 133-140.

- Machado, T.S., & Reverendo, I.M. (2012). Coloquio Psicologia Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da Investigação e da Prática. *Actas*, 1596-1610. ISPA- Instituto Universitário. Lisboa.
- Marujo, H.M. (1994). Síndromas depressivos na infância e na adolescência. *Tese de doutoramento (não publicada)*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Martin, R.C., & Dahlen, E.R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260. doi: 10.1016/j.paid.2005.06.004
- Mechanic, D., & Hansell, S. (1987). Adolescent Competence, Psychological Well-Being, and Self-Assessed Physical Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 28 (4), 364-374.
- Miranda, R., & Matos, A.P. (2012). O papel da regulação emocional e dos acontecimentos de vida no desenvolvimento da perturbação depressiva major na adolescência: estudo longitudinal. *Dissertação de Mestrado*, 1-56.
- Mocaiber, I., Oliveira, L., Pereira, M.G., Machado-Pinheiro, W., Ventura, P.R., Figueira, I.V., & Volchan, E. (2008). Neurobiologia da Regulação Emocional: Implicações para a Terapia Cognitivo-Comportamental. *Psicologia em Estudo*, 13 (3), 531-438.
- Monteiro, K.C.C., & Lage, A.M.V. (2007). A Depressão na adolescência. *Psicologia em Estudo*, 12 (2), 257-265.
- Olivé, J.M., & Díaz, L.P. (1986). El Absentismo Escolar: Constantes, Problemática, Proyecto. *Educación*, 9, 67-84.
- Oliveira-Brochado, F., & Oliveira-Brochado, A. (2008). Estudo da Presença de Sintomatologia Depressiva na Adolescência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (2), 27-36.

- Ongen, D.E. (2010). Cognitive Emotion Regulation in the Prediction of Depression and Submissive Behavior: Gender and Grade Level Differences in Turkish Adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 9, 1516-1523. doi:10.1016/j.sbspro.2010.12.358.
- Paz, T. (2014). Estilos parentais e o rendimento escolar. *Tese de Mestrado*, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). Descobrindo a Regressão com a Complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2010). Behavior Problems in Children and Adolescents With Chronic Physical Illness: A Meta-Analysis. *Journal of pediatric psychology*, 36 (9), 1003-1016. doi: 10.1093/jpepsy/jsr042.
- Pinto, I. (2010). Sintomatologia Depressiva e Consumo de Bebidas Alcoólicas em Adolescentes. *Tese de Mestrado*. Universidade do Porto, Porto.
- Rao, U., & Chen, L. (2009). Characteristics, Correlates, and Outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues Clin Neurosci*, (11), 45-62.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1994). Are Adolescents Changed by an Episode of Major Depression?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33 (9), 1289-1298.
- Siener, S., & Kerns, K. (2012). Emotion Regulation and Depressive Symptoms in Preadolescence. *Child Psychiatric and Human Development*, 43, 414-430.
- Silva, E., & Freire, T. (2014). Regulação Emocional em Adolescentes e seus Pais: da psicopatologia ao funcionamento ótimo. *Análise Psicológica*, 2, 187-198. doi: 10.14417/ap.746.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A.K. (2012). Depression in Adolescence. *The Lancet*, 379, 1056-1067. doi: 10.1016/s0140-6736(11)60871-4.

- Tomé, G., & Matos, M.G. (2006). Depressão, rendimento escolar e estratégias de coping em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (1), 85-94.
- Vasconcellos, S.S. (2013). O Absenteísmo, escolar de discentes na classe de repetentes: um estudo de caso etnográfico. *Olhar de Professor*, 16 (2), 277-293. doi:10.5212/OlharProfr.v.16i2.002.
- Vingilis, E., Wade, T.J., & Adlaf. E. (1998). What factors predict student self-rated physical health?. *Journal of Adolescence*. 21, 83-97.
- Wade,T.J., Pevalin, D.J., &Vingilis, E. (2000). Revisiting Student self-rated physical health. *Journal of Adolescence*, 23, 785-791. doi: 10.1006/jado.2000.0359.